

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto:domanderisposte@medicoebambino.com)) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

### **Tosse equivalente asmatica**

Bambino di 11 anni, con padre e sorella allergici alla parietaria (rinocongiuntivite), nel corso dei primi anni di vita ha presentato diversi episodi di broncospasmo post-infettivi. Dai 6 anni di età comparsa di episodi saltuari di tosse secca, in assenza di reperto broncostenotico, interpretati come laringiti ricorrenti. Detti episodi duravano alcuni giorni e scompaivano senza problemi.

Due anni fa, in seguito alla ricomparsa di un nuovo episodio e per l'insistenza dei genitori, viene praticato prick test per aeroallergeni, che risultano francamente positivi per *Dermatophagoides pteronyssinus*: 9 mm di ponfo. Tutto si risolve in pochi giorni senza dover ricorrere ad alcuna terapia, ma qualche mese più tardi viene nuovamente portato in studio per la solita tosse secca e stizzosa iniziata da cinque giorni. Lo visito e non trovo nulla all'auscultazione del torace. Gli prescrivo aerosol con beclometasone dipropionato, pensando alla solita laringotracheite. Il giorno seguente la madre mi telefona e mi dice che il bambino è peggiorato, ha difficoltà respiratorie e tossisce senza interruzione. Consiglio il ricorso all'ospedale dove viene rilevato un diffuso broncospasmo che migliora in breve con una fiala di metilprednisolone endovena e aerosol con beclometasone dipropionato + salbutamolo.

Rx torace: negativo; ECG: nella norma; spirometria (dopo 2 giorni di ricovero) normalizzata.

Viene dimesso con diagnosi di laringotracheite acuta con difficoltà respiratoria. Un mese dopo il bambino ricomincia con la sua tosse secca via via ingrossante e fastidio alla gola. I genitori somministrano una compressa di betametasona da 1 mg (dosaggio sicuramente basso) e assistono a un miglioramento dei sintomi. La tosse stizzosa, anche se ridotta, persiste sia diurna che notturna.

La settimana successiva, mentre è a scuola, dopo un'esercitazione di educazione fisica effettuata in mattinata, avverte difficoltà a respirare e si accascia sul banco. Viene allertato il 118. Il sanitario che visita il bambino non riscontra nulla al to-

race, somministra un cortisonico per bocca, assistendo a un miglioramento delle condizioni generali.

Il giorno successivo il piccolo viene visitato da un allergologo dell'adulto che, pur non riscontrando nulla all'esame obiettivo, attribuisce la sintomatologia a un asma bronchiale (asma da sforzo) e prescrive: montelukast compresse, ebastine compresse, e salmeterolo+fluticasone 25/125, da inalare mattina e sera. Viene, inoltre, prescritto RAST che conferma la positività per *Dermatophagoides pteronyssinus* (81,55 kU/l).

Ora mi chiedo: è possibile che un asma, malgrado la forte allergia agli acari presente già da anni, si esprima soltanto con la tosse e mai il bambino abbia presentato altre crisi asmatiche? Anche nell'episodio del ricovero alla fine è stato dimesso con una diagnosi di "laringotracheite e dispnea", senza parlare di accesso asmatico acuto.

Sarebbe pertanto mia intenzione non far iniziare alcuna terapia e attendere l'evoluzione successiva anche perché negli ultimi giorni il bambino continua a tossire, ma in modo sporadico, non è disturbato nel sonno, e lamenta soltanto un fastidio alla gola.

dott. Domenico Simeone

Pediatra di famiglia, Pietrelcina (BN)

È certamente vero che la tosse isolata è molto difficile che sia il sintomo guida dell'asma (in altre parole, il solo sintomo per il quale il bambino viene portato dal medico) e specialmente quando il problema persiste da più tempo: prima o dopo, di norma più prima che dopo, magari in corso di virus respiratoria, il problema finisce inevitabilmente per esprimersi con una chiara crisi di broncospasmo. Ma in medicina "mai dire mai" e certamente può capitare di vedere singoli casi nei quali l'asma si esprime con la sola tosse stizzosa e il suo potrebbe essere uno di questi. L'aver avuto "dispnea", durante l'esercizio fisico, è oggettivamente suggestivo per la diagnosi di asma. In un caso così un test da sforzo (molto più che una spirometria semplice) sarebbe stato chiarificante.

Detto questo, è importante ricordare che, comunque sia, la tosse equivalente asmatica (TEA) risponde sempre e subito (*sic!*) al broncodilatante (salbutamolo o salmeterolo che sia), che rappresenta di fatto un "ex adjuvantibus" fondamentale e imprescindibile per formulare una diagnosi di certezza. Pertanto veda di confermare che il bambino sappia fare bene l'inalazione degli spray (con il distanziatore) e, se ha una TEA, risponderà immediatamente al trattamento (salbutamolo o salmeterolo che sia).

### **Addensamento polmonare di natura non determinata**

Se un bambino di tre anni, che non ha febbre né tachipnea e/o dispnea, aspetto non sofferente, per un reperto auscultatorio "sospetto" (rantoli a piccole bolle, ronchi), esegue un Rx che mette in evidenza un addensamento alla base di sinistra, l'unica diagnosi certa è la polmonite, oppure anche in questo caso vale sempre l'insegnamento del compianto prof. Panizon, quando scriveva che, se non c'è tachipnea e/o dispnea, non c'è polmonite? E se non è polmonite, quale altra condizione, a parte un falso positivo, può giustificare il suddetto reperto radiografico?

Pediatra di famiglia

La tachipnea è un segno clinico che può anche mancare nelle forme iniziali di una broncopolmonite, mentre non mancano mai la febbre e/o il malessere. Pertanto, in un caso così, va considerata un'altra diagnosi (sembra infatti improbabile un falso positivo se l'obiettività e il referto radiografico sono concordanti). Se avesse avuto una recente febbre trattata con l'antibiotico, potrebbe essere l'esito di una broncopolmonite non prima diagnosticata ma, in alternativa, dobbiamo pensare a qualcosa di anatomico (forse anche un corpo estraneo). Credo pertanto che si debba procedere con ulteriori accertamenti e, in questo caso, inizierei con una TAC ad alta risoluzione, o con una risonanza magnetica.

### Allergia al frumento e scarsa crescita

In un bambino di 10 mesi con scarso accrescimento ponderale dagli esami ematochimici è stato evidenziato RAST positivo per il grano. Confermato dal prick test per il grano positivo; anti-transglutaminasi negative con IgA nella norma.

Può essere questa allergia la causa dello scarso accrescimento? Ed è pensabile metterlo a dieta senza frumento per un tempo limitato per verificare se c'è ripresa della curva ponderale?

dott.ssa Vincenza Mastromauro  
Pediatria, Andria (BT)

L'allergia IgE mediata non è mai causa di crescita rallentata. Pertanto, se il problema fosse realmente consistente, andranno valutate altre cause. Non farei in tal caso alcun tentativo dietetico anche perché la sospensione di un alimento prima sempre tollerato, soltanto per il riscontro di IgE specifiche, può comportare che in seguito ogni tentativo di reintroduzioni produca reazioni allergiche anche gravi.

### Anisocoria isolata

Vorrei chiedere un parere riguardo a una reazione avversa riferita dai genitori a una recente vaccinazione. Si tratta di un lattante di due mesi e mezzo che ha presentato, dopo la prima vaccinazione esavalente e anti-pneumococcica, uno stato di maggiore irrequietezza e la comparsa di anisocoria che tuttora persiste a distanza di più di un mese. Le vaccinazioni sono state sospese in attesa di accertamenti specialistici. Una visita neurologica ha rilevato: esame neurologico nella norma, pupille reagenti alla luce, sfumata asimmetria per OS>OD e sono stati consigliati controlli in base all'andamento clinico. ECO cerebrale nella norma. Visita oculistica: non alterazioni del fundus; lieve anisocoria OS>OD; mezzi diottrici trasparenti. Una visita successiva a distanza di due mesi segnala ancora e solamente la lieve anisocoria per OS>OD che si evidenzia maggiormente in condizioni scotopiche, con riflessi pupillari diretti e consensuali conservati, non eterocromia iridea. Viene suggerito un controllo dopo sei mesi, salvo peggioramenti e/o differenti indicazioni cliniche.

Considerato che i controlli specialistici eseguiti non hanno evidenziato cause neurologiche o cause di pertinenza ocu-

listica e che l'anisocoria è ancora presente anche se lieve e che i genitori sono certi della sua assenza alla nascita e della sua comparsa dopo la vaccinazione (possibile anche una richiesta di risarcimento del danno), ho molti timori e sarei orientata a sospendere tutte le vaccinazioni.

dott.ssa Marinella Mao  
Medico di comunità, Brescia

Gli oculisti del nostro Istituto per l'Infanzia, e quindi a cultura prevalentemente pediatrica, hanno escluso categoricamente una possibile associazione del fenomeno con la vaccinazione, ricordando che l'anisocoria isolata è un fenomeno parafisiologico non infrequente che si rileva fin dalla nascita e che poi tende a mantenersi per tutta la vita. Di questa forma è tipico anche il fatto che l'anisocoria si noti maggiormente in condizioni scotopiche (basse condizioni di luce). In altre parole viene ribadito quanto già refertato dagli specialisti consultati in precedenza. Altro non saprei dire e non mi risulta che questa condizione sia mai stata associata alle vaccinazioni.

### Dosaggio della cetirizina

Ho letto con molto interesse il bell'articolo pubblicato su Medico e Bambino, aprile 2014, dedicato alla rinite allergica e vorrei chiedere alcune delucidazioni (Medico e Bambino 2014;33:240-8). Che si possa aumentare, fino al raddoppio, la posologia della cetirizina, è noto da tempo, tuttavia vorrei sapere quale è il limite massimo di dosaggio da non superare? Mi spiego meglio: la posologia che io utilizzo nell'adulto, e a partire dai 35-40 kg di peso del paziente, è di 20 gocce/die. Se raddoppio la posologia, posso arrivare a 20 gocce (o una compressa) di cetirizina ogni 12 ore/die (40 gtt/die o 2 cpr/die)? Questo, come per altri farmaci, va bene anche nel bambino: raddoppio la posologia, ma senza superare la posologia dell'adulto?

La prescrizione doppia di cetirizina è off label? E quale è il limite inferiore di età di uso della cetirizina (io dai sei mesi in poi l'ho usata)? E, infine, anche nel bambino sotto l'anno posso raddoppiare la dose?

dott. Roberto Tamborrella  
Pediatria di base, Foiano (AR)

Non tutte le sue domande hanno una risposta certa in base ai requisiti dell'ECM. Tuttavia le ricordo che nell'orticaria cronica, dove il trattamento si fa a "step-up", nell'adulto si arriva a consigliare fino a quattro compresse di cetirizina al giorno. E per quanto riguarda l'età pediatrica le segnalo la ricerca policentrica europea, ETAC (*J Allergy Clin Immunol*, 2001), fatta con lo scopo di valutare se la cetirizina, data per 18 mesi consecutivi a bambini atopici di appena uno o due anni di vita, potesse prevenire l'asma: lo studio non ha trovato alcun vantaggio relativamente all'obiettivo "preventivo", tuttavia rimane una pietra miliare nella cultura sull'argomento perché è servito a dimostrare la completa innocuità della cetirizina, anche quando data per tempi lunghi, a dose doppia (0,25 mg/kg/dose, in due somministrazioni/die) e a bambini molto piccoli. Pertanto, nella mia pratica corrente, utilizzo la cetirizina senza timori anche nei primissimi mesi di vita e anche a dosi raddoppiate, se necessario. Comunque sia, ribadisco che la cetirizina, tra tutti gli off-label che usiamo in pediatria, mi sembra il più tranquillo.

### Dita ad artiglio

È consigliato l'intervento chirurgico per le dita ad artiglio e tale questa patologia può causare problemi alla colonna?

dott.ssa Laura Russo, Orvieto

Il vero e proprio "dito ad artiglio" è, in età pediatrica, una condizione rara, legata sempre alla presenza di una patologia neurologica. In questi casi, la deformità (in flessione rigida delle interfalangee) può essere dolorosa o causare sofferenza cutanea per attrito con la calzatura; il suo trattamento chirurgico (che corregge e blocca in estensione le articolazioni delle dita dei piedi) può risolvere il problema. Questa condizione patologica non deve essere confusa con le situazioni benigne di clinodattilia e camptodattilia, delle quali abbiamo già parlato in questa rubrica, che comportano una deviazione laterale o in flessione delle dita, che non si associano (se non eccezionalmente) a dolore, o sofferenza cutanea, e che non richiedono trattamento.

Colgo l'occasione per sottolineare ancora una volta come malformazioni vere, o presunte, dei piedi non possano in alcun modo determinare deformità strutturate della colonna vertebrale.